HANDLEIDING
SEM-J

individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik voor Jongeren





COLOFON

Redactie
Inge Baeten
Ilse Bernaert
Joke Claessens
Nina De Paepe
Kathleen Raskin

Met dank aan
Gunter De Kinder
Directeur, Crisisprogramma De Spiegel, Lovenjoel

Ontwerp en druk kaft
www.epo.be

Verantwoordelijke uitgever
F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
Wettelijk depotnummer: D/2009/6030/12



VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN vzw

DE DRUGLIJN 078-15-10-20



VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | **www.vad.be**

HANDLEIDING
SEM-J
individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik voor Jongeren

Vragenlijst SEM-J
Antwoordsleutel SEM-J
Scoreformulier SEM-J

Inleiding

De SEM-J is een screeningsinstrument waarmee men op een eenvoudige en gebruiksvriendelijke manier een ernstinschatting kan maken van het middelengebruik van een jongere en de nood aan verdere alcohol- en drugspecifieke begeleiding.
De meerwaarde van dit instrument is dat het de mogelijkheid biedt om subjectieve signalen en indrukken in zekere mate te objectiveren en een globaal plaatje samen te stellen van het gebruik van een jongere en zijn functioneren op diverse levensdomeinen.
Het kan echter niet de bedoeling zijn om de SEM-J als enige richtinggevende bron van informatie te beschouwen. Naast de resultaten van de SEM-J moet ook informatie van belangrijke andere contexten dan de begeleidingscontext in rekening gebracht worden (schoolresultaten, vrijetijdsbesteding, contacten met ouders en vrienden,…). Er dient ook aandacht te zijn voor de beleving van de jongere zelf van zijn situatie.

Tegelijk willen we ook waarschuwen voor al te hooggespannen verwachtingen. Het is niet omdat de SEM-J een indicatie geeft van problematisch gebruik of van niet-problematisch gebruik dat het automatisch duidelijk is wat de meest aangewezen verdere begeleiding is voor de jongere. We pleiten er dan ook voor om screening van jongeren met alcohol- of andere drugproblemen te kaderen in het alcohol- en drugbeleid van de voorziening of van het centrum voor leerlingenbegeleiding en de school. Een beleid geeft houvast en biedt een kader om op een zinvolle manier, rekening houdend met de mogelijkheden van de setting, om te gaan met alcohol- en andere drugproblemen. Op die manier kan de SEM-J ertoe bijdragen dat jongeren vroegtijdige begeleiding op maat krijgen aangereikt waardoor een escalatie van problemen vermeden wordt.

We willen ook beklemtonen dat het de bedoeling is dat de SEM-J enkel gebruikt wordt in een individuele begeleidingscontext. Alleen zo kan voldoende continuïteit verzekerd worden die het mogelijk maakt om de jongere te engageren om stil te staan bij zijn situatie en ook opvolging te voorzien.

Deel 1

SEM-J: individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik voor Jongeren

Als jongeren alcohol of andere drugs gebruiken is het niet altijd eenvoudig om in te schatten hoe problematisch dit is. Jongeren zijn extra kwetsbaar voor de risico's van middelengebruik: hun hersenen zijn nog volop in ontwikkeling, ze moeten nog bepaalde emotionele en sociale ontwikkelingstaken vervullen,... Daarom is het belangrijk om problematisch middelengebruik tijdig te herkennen en specifieke begeleiding te voorzien indien nodig.

De SEM-J (individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik voor Jongeren) is een instrument waarmee u op een eenvoudige en gebruiksvriendelijke manier een **ernstinschatting** kan maken van het **middelengebruik van een jongere** en de **nood aan verdere alcohol- en drugspecifieke begeleiding**.

Door dit instrument te gebruiken in een individuele begeleidingscontext kan u, samen met de jongere, zijn situatie in kaart brengen. Het helpt om het middelengebruik en het functioneren van de jongere in diverse levensdomeinen op een eenvoudige manier op een rij te zetten en de beschermende en de risicofactoren helder en in hun geheel te bekijken.

Dit instrument is in de eerste plaats bedoeld voor jongeren tussen 12 en 18 jaar in de bijzondere jeugdzorg en de centra voor leerlingenbegeleiding. Ook in andere individuele begeleidingssettings, zoals bijvoorbeeld de jongerenadviescentra, is het bruikbaar. De SEM-J bestaat in een onlineversie en een versie op papier.

De SEM-J heeft niet de intentie om een diagnose te stellen. Het is evenmin de bedoeling om het instrument als exclusiecriterium te gebruiken om jongeren uit te sluiten van verdere begeleiding. Het is mogelijk dat, zelfs wanneer een jongere een negatieve score heeft, er toch bezorgdheid is om zijn welzijn en verdere begeleiding nodig is.

1 De specifieke kwetsbaarheid van jongeren voor problematisch middelengebruik

Of iemand al dan niet (problematisch) alcohol of andere drugs zal gebruiken, is afhankelijk van de persoon in kwestie (mens), de eigenschappen en de hoeveelheid van het product (middel), de omgeving (milieu) en de interactie tussen deze drie factoren.
Naast de risicofactoren die ook voor volwassenen gelden, hebben jongeren omwille van hun leeftijd een aantal specifieke kwetsbaarheden. Uit de literatuur blijkt:

- Kinderen en jongeren zijn kwetsbaarder voor de effecten van alcohol en andere drugs dan volwassenen. Ze zijn fysiek kleiner en ze hebben geen ervaring met alcohol of andere drugs en de effecten ervan.
- De adolescentie is een kritieke periode waarin bepaalde hersengebieden nog volop in ontwikkeling zijn. Middelengebruik kan hierop een verstorende werking hebben en dit kan leiden tot structurele veranderingen die blijvende functionele stoornissen tot gevolg hebben.
- Een vroege beginleeftijd van alcohol- of ander druggebruik is een risico-indicator voor het ontstaan van problemen op volwassen leeftijd en verhoogt de kans op fysieke en mentale gezondheidsproblemen en sociale problemen.
- Tijdens de adolescentie dient een jongere een aantal ontwikkelingstaken te vervullen, zoals het leren omgaan met succes en mislukkingen, het construeren van een eigen identiteit,… Middelengebruik kan dit proces verstoren en leiden tot een (tijdelijke) ontwikkelingsstilstand.
- De adolescentie is een periode waarin jongeren onzeker zijn en het experiment opzoeken in hun zoektocht naar een eigen identiteit. Ook gebruik van alcohol en andere drugs kan hierbij horen, wat jongeren soms in risicovolle situaties brengt. Adolescenten beschikken vaak nog onvoldoende over de nodige sociale vaardigheden om (onder invloed) probleemsituaties ten gevolge van overmatig alcoholgebruik of ander druggebruik op te lossen.
- Het risico op ongevallen, verwondingen, geweld en zelfverwonding is hoog bij minderjarige drinkers.
- Langdurig, excessief gebruik van alcohol lijkt bij adolescenten te kunnen leiden tot verminderde prestaties op leren en geheugen.
- Een verslechtering van het kortetermijngeheugen en andere mentale functies door cannabisgebruik kan leiden tot slechtere schoolprestaties vlak na het gebruik. Bij regelmatige cannabisgebruikers hangen slechte schoolresultaten vaak samen met andere gedragsproblemen.
- Adolescenten lijken gemakkelijker afhankelijk te worden van cannabis dan volwassenen. Cannabisgebruik verhoogt de kans op afhankelijkheid, zeker wanneer de jongere in kwestie minstens één keer per week cannabis gebruikt.

Naast bovenstaande kwetsbaarheden die voor alle jongeren gelden, zijn er een aantal specifieke groepen jongeren die extra kwetsbaar zijn voor problematisch middelengebruik:

- kinderen van ouders met een alcohol- of ander drugprobleem;
- kinderen van ouders met psychische problemen;
- jongeren met psychische problemen.

2 De keuze voor de SEM-J

De SEM-J vindt zijn oorsprong in de Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ)[1]. De keuze voor vertaling van de PESQ gebeurde op basis van een vergelijkende studie tussen bestaande screeningsinstrumenten en op basis van internationale wetenschappelijke literatuur, waaronder verschillende reviews[2]. Op basis van het literatuuronderzoek werd geconcludeerd dat de PESQ één van de meest bruikbare, betrouwbare en best gevalideerde screeningsinstrumenten is voor middelengebruik bij jongeren.

Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee belangrijke begrippen bij het beoordelen van de kwaliteit van een screeningsinstrument.

Met betrouwbaarheid wordt bedoeld dat wanneer een meting meerdere malen gedaan wordt, onder dezelfde omstandigheden, er weinig verschil is tussen de gemeten waarden. Analyse toont aan dat de PESQ een hoge interne consistentie heeft (α=0,90-0,95). Met interne consistentie wordt de samenhang tussen de items bedoeld. Een hoge interne consistentie is dé indicator voor betrouwbaarheid.

Bij het onderzoeken van de validiteit wordt gekeken naar de mate waarin de resultaten van een test en het te meten verschijnsel met elkaar overeenkomen. Er wordt met andere woorden onderzocht of het meetinstrument meet wat het moet meten.
Er bestaan verschillende vormen van validiteit, met name begripsvaliditeit, inhoudsvaliditeit en criteriumvaliditeit. Uit onderzoek blijkt dat de validiteit van de PESQ in orde is.

Met de begripsvaliditeit wordt onderzocht of gehanteerde begrippen die meetbaar zijn, gebaseerd zijn op theoretische inzichten over dat begrip. Om begripsvaliditeit na te gaan, baseert men zich op kenmerken (bijvoorbeeld hoeveelheid, frequentie en context van gebruik) waarvan aangetoond is dat er een verband is met het hoofdkenmerk (ernst van het gebruik). Voor de SEM-J baseren we ons op de door Winters (1991) aangegeven evidenties dat de PESQ daadwerkelijk de huidige ernst van het middelengebruik van de adolescent meet.

Met de inhoudsvaliditeit wordt nagegaan in welke mate het instrument een fenomeen in kwestie meet. Daartoe wordt nagegaan in welke mate de verschillende items van de vragenlijst relevant zijn voor het meten van de ernst van het middelengebruik van een jongere. Daarnaast speelt de volledigheid van de test een belangrijke rol.
Bij de PESQ werd de inhoudsvaliditeit onderzocht door de ernstscores van jongeren te vergelijken met ernstscores van dezelfde jongeren op een ander meetinstrument. Winters (1991) mat de inhoudsvaliditeit door de scores op de 'Problem Severity Scale' van de PESQ te vergelijken met de 'Problem Severity Scale' van de Personal Experience Inventory (PEI). Voor alle domeinen werd een duidelijke en sterke correlatie gevonden (r>0,55). Dé basis om de inhoudsvaliditeit te staven is dat

---

1 Winters, K. (1991). *Manual for the Personal Experience Screening Questionnaire.* Los Angeles: Western Psychological Services.

2 Lecesse, M., & Waldron, H. (1994). Assessing adolescent substance use: a critique of current measurement instruments. Review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 11* (6), 553-563.
Weinberg, N., Rahdert, E., Colliver, J., & Glantz, M. (1998). Adolescent substance abuse: review of the past 10 years. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 37* (3), 252-261.
Winters, K. (sd). Development of an Adolescent Alcohol and Other Drug Abuse Screening Scale: Personal Experience Questionnaire.
Winters, K., Latimer, W., & Stinchfield, R. (2002). Clinical issues in the assessment of adolescent alcohol and other drug use. *Behavioral Research and Therapy, 40*, 1443-1456.

de correlatie tussen beide schalen het hoogst ligt voor de subschaal 'Personal Involvement with Chemicals', met een zeer hoge correlatiecoëfficiënt van r=0,94.
Met de criteriumvaliditeit wordt nagegaan hoe een meetinstrument een bepaald gedrag voorspelt. Dit werd door Winters onderzocht op drie verschillende domeinen, met name de relatie tussen enerzijds PESQ-scores en anderzijds de voorgeschiedenis in de hulpverlening en de klinische diagnose, het al dan niet doorverwijzen door een hulpverlener, een drempelwaarde om probleemgevallen aan te geven door de opvolgende hulpverlener. De scores op elk van deze analyses tonen aan dat de PESQ significante en consistente resultaten oplevert, wat betekent dat de PESQ probleemgebruik(ers) kan identificeren.

3 Een Nederlandstalige versie van de PESQ – de ontwikkeling van de SEM-J

De PESQ werd vertaald en aangepast aan de Vlaamse context (taal, cultuur,…). Dit gebeurde op basis van richtlijnen uit de wetenschappelijke literatuur[3] en verliep in verschillende fasen.

Tijdens de vertalingsfase vond in de eerste plaats een forwardvertaling van het Engels naar het Nederlands plaats. Deze gebeurde door twee tweetalige vertalers met verschillende achtergronden. De eerste vertaler had kennis van de concepten en beschikte over een klinische achtergrond, de tweede vertaler had geen klinische achtergrond. De Nederlandse vertaling moest begrijpbaar zijn voor een twaalfjarige. Van beide vertalingen werd ten slotte een synthese gemaakt.
Vervolgens werd deze synthese opnieuw vertaald naar het Engels door twee Engelstalige vertalers zonder kennis over de inhoud of de achtergrond van het instrument. De bedoeling van deze backwardvertaling was de consistentie te controleren: er werd onderzocht of deze opnieuw vertaalde versie overeenkwam met de oorspronkelijke vragenlijst. Tevens werden vertalings- en conceptuele fouten opgespoord.
Tijdens de vertalingsfase werd ondersteuning geboden door een expertengroep, bestaande uit praktijkwerkers en methodologen. Deze expertengroep gaf feedback op de uiteindelijke vertaling, op de structuur van de vragenlijst en keek toe op de sociaal-culturele aanpassing van de vertaling.

In de volgende fase werd een begrijpbaarheidstest uitgevoerd. Dit gebeurde bij leerlingen in het eerste en tweede jaar ASO en BSO. Er werd aan de leerlingen gevraagd om bij elke vraag aan te geven of ze de vraag begrepen of niet. Indien dit niet het geval was, kon men aanduiden welke woorden er moeilijk begrijpbaar waren. Op basis van de begrijpbaarheidstest gebeurden nog enkele aanpassingen aan de vragenlijst.

In de slotfase werd de SEM-J uitgetest bij verschillende jongeren. De pretest vond plaats bij 24 jongeren uit het secundair onderwijs en 20 jongeren die deelnamen aan vroeginterventiegroepen (voor jongeren die riskant of beginnend problematisch middelen gebruiken, maar waarbij nog geen misbruik of afhankelijkheid gediagnosticeerd werd). De gemiddelde scores van deze groepen werden op basis van statistische analyses vergeleken met elkaar. Uit deze analyses bleek dat de gemiddelde ernstscore in de vroeginterventiegroepen significant hoger is dan in het secundair onderwijs en dit ondanks de kleine testgroepen. Dit wijst er duidelijk op dat de SEM-J effectief differentieert naar ernst van gebruik.

[3] Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE, 25* (24), 3156-3191.

4 Wat bevraagt de SEM-J?

De SEM-J bestaat uit 40 items (vragen) die worden gegroepeerd in 5 schalen:

Probleemernst (PE): vragen 1-8, 10-14, 16-20
Deze schaal geeft een globale meting van de ernst van het middelenprobleem door te reflecteren over de mate waarin de jongere betrokken is bij drugs en druggebruik.
Hoge scores op deze schaal wijzen op tekenen van problematisch middelengebruik zoals gebruik in meerdere contexten, controleverlies, het structureren van activiteiten rond gebruik,...
Een lage score duidt aan dat de jongere waarschijnlijk geen problematisch middelengebruik stelt.

Onwaarschijnlijkheid (O): vragen 9, 15, 21
Deze items verwijzen naar extreem onwaarschijnlijk gebruik of gedrag (bijvoorbeeld gebruiken terwijl men een quad bestuurt). Op deze schaal worden weinig of geen positieve antwoorden verwacht. Een hoge score wordt geassocieerd met overdrijving (faking bad), onoplettendheid bij het invullen of at random (willekeurig) antwoorden.

Defensiviteit (D): vragen 22, 24, 26, 29, 31
Deze schaal is gebaseerd op items van de Marlowe-Crowne Social Desirability Scale[4] en wordt gebruikt om na te gaan in welke mate de jongere de neiging heeft om zijn antwoorden positiever te doen lijken en sociaal wenselijk te antwoorden (faking good).

Psychosociale indicatoren (PI): vragen 23, 25, 27, 28, 30, 32, 33, 34
Deze items verwijzen naar persoonlijke problemen of problemen in de omgeving die geassocieerd kunnen zijn met druggebruik. De items gaan over emotionele problemen, cognitieve problemen en fysiek en seksueel misbruik.

Gebruiksgeschiedenis (G): vragen 35-40
Deze items gaan over de gebruiksfrequentie van alcohol, cannabis en andere drugs in de afgelopen 12 maanden. De laatste drie items geven een aanwijzing over het eerste gebruik en de regelmaat van gebruik.

---

4 Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology, *Journal of Consulting Psychology, 24*, 349-354.

Deel 2

Het gebruik van de SEM-J

1 Waarom neemt u de SEM-J af?

De meeste jongeren die alcohol of andere drugs gebruiken, ervaren dit zelf niet als een probleem. De bezorgdheid over het gebruik komt meestal uit de omgeving van de jongere: ouders, leerkrachten, begeleiders,… die dagdagelijks met de jongere omgaan. Deze bekommernis vormt de motivatie om de SEM-J af te nemen.

Het kan zijn dat de omgeving zich zorgen maakt over het functioneren van de jongere en vermoedt dat er sprake is van een alcohol- of ander drugprobleem, zonder hiervoor een tastbaar 'bewijs' te hebben. Drugbezit, onder invloed zijn op school of in de leefomgeving,… zijn duidelijke signalen van druggebruik. Maar vaak zijn de signalen niet zo eenduidig. Een drugprobleem kan zich ook uiten in spijbelen, sociaal gedrag (bijvoorbeeld agressie, zich isoleren), emoties en welbevinden (bijvoorbeeld prikkelbaarheid, sterke stemmingsschommelingen),… Bovendien kunnen dezelfde signalen op uiteenlopende problemen wijzen: relatie-, adolescentie-, school-, drugproblemen,…
Dit vormt echter geen obstakel: de motivatie om de SEM-J af te nemen is het feit dat de jongere het moeilijk heeft op bepaalde vlakken en dat zijn omgeving hierover bezorgd is. Vanuit deze bezorgdheid kan beslist worden dat er stappen nodig zijn om het functioneren en (mogelijk) alcohol- of ander druggebruik van de jongere van naderbij te bekijken.

Om tot zinvolle resultaten te komen is het belangrijk dat de jongere de vragen eerlijk beantwoordt. Dit vereist een zeker engagement van de jongere om de vragenlijst in te vullen en het nodige vertrouwen van de jongere in de begeleider. De jongere moet zich veilig voelen om eerlijk en open te reflecteren over zijn ervaringen en zijn functioneren.
Verplicht de jongere niet om de SEM-J in te vullen, maar werk in een of enkele gesprekken aan de bereidheid van de jongere om de vragenlijst in te vullen. Dit kan u doen door de signalen die u bezorgd maken om zijn welzijn aan te kaarten en zijn beleving en vragen te beluisteren.
Heeft de jongere veel weerstand tegen het invullen van de vragenlijst, dan dient u, in samenspraak met uw team, in te schatten of het zinvol is om met de jongere eerst verder te werken aan probleembesef en motivatie dan wel of u zijn situatie als zodanig riskant inschat dat er onmiddellijk verdere stappen moeten gezet worden.

De SEM-J is bruikbaar bij jongeren tussen 12 en 18 jaar in een individuele begeleidingscontext. De afname kan echter bemoeilijkt worden indien de jongere omwille van zijn etnisch-culturele achtergrond, een taalbarrière of een andere factor (intelligentie, aandachtsstoornis, emotionele problemen,…) de gestelde vragen niet of minder goed begrijpt. In dat geval kan de SEM-J eventueel gebruikt worden als leidraad voor een gesprek over middelengebruik, evenwel zonder de antwoorden in te vullen en de resultaten te scoren.

2 Voorbereiding van de afname

De SEM-J bestaat zowel in een onlineversie als in een versie op papier. U moet dus de keuze maken of u de SEM-J online of op papier afneemt. Het online afnemen van de vragenlijst heeft een aantal voordelen voor jongere en begeleider. Voor de jongere is het een manier van werken die meer aansluit bij zijn leefwereld en minder het gevoel oproept van alweer een vragenlijst te moeten invullen. Het voordeel voor de begeleider is dat hij zelf de scores niet moet berekenen omdat dit automatisch gebeurt. De online en de papieren versie kan u vinden op www.vad.be.

Voor u de SEM-J afneemt bij een jongere, neemt u best zelf de vragenlijst en de handleiding door. Zo bent u vertrouwd met de instructies, de vragen en de antwoordmogelijkheden en kan u ze duidelijk overbrengen en toelichten aan de jongere.

Bespreek de afname vooraf niet alleen met de jongere (zie 1 Wanneer neemt u de SEM-J af?), maar ook met het team. De doelstelling van de afname dient vooraf duidelijk te zijn, net als hoe men zal omgaan met de resultaten. Stel bijvoorbeeld dat uit de afname van de SEM-J blijkt dat een jongere wellicht problematisch gebruikt en nood heeft aan gespecialiseerde alcohol- en drugbegeleiding. Volgens de afspraken (het drugbeleid) in de voorziening of op het centrum voor leerlingenbegeleiding moet de jongere in dat geval bijvoorbeeld doorverwezen worden. Maar eigenlijk ziet men met deze jongere nog veel mogelijkheden om de begeleiding zelf op te nemen. Welke keuze maakt men in deze situatie? Of stel dat een jongere negatief scoort op de SEM-J terwijl men toch ernstige twijfels heeft over de risico's van zijn gebruik. Dit zal de jongere mogelijks bevestigen in zijn idee dat anderen 'problemen maken' over zijn gebruik terwijl er volgens hem 'niets aan de hand is', wat de verdere begeleiding (werken aan probleembesef) kan bemoeilijken.
Bovenstaande voorbeelden maken duidelijk dat de intentie om de SEM-J af te nemen bij een jongere vooraf goed moet doorgesproken worden met het team. Vooraf anticiperen op de resultaten maakt de weg vrij voor een doordachte keuze over het verdere begeleidingstraject van de jongere.

3 De afname zelf

3.1 Introductie van de afname

Bij de introductie van de afname verwijst u naar het vorige gesprek waarin u met de jongere hebt afgesproken om de SEM-J af te nemen.

Herhaal kort dat de SEM-J afgenomen wordt omdat u en anderen (ouders, leerkrachten, begeleiders,...) bezorgd zijn om zijn welzijn. Vertel dat het de bedoeling is om samen met de jongere zijn functioneren en (mogelijk) alcohol- of ander druggebruik van naderbij te bekijken. Geef aan dat u met deze vragenlijst wil uitzoeken hoe u de jongere best kan ondersteunen om zijn welbevinden en functioneren te verbeteren.

Licht de inhoud van de SEM-J toe. De vragenlijst gaat over ervaringen met alcohol of andere drugs en het functioneren van de jongere op verschillende levensdomeinen.

Om tot zinvolle resultaten te komen is het belangrijk dat de jongere de vragenlijst kan invullen in een veilig kader. Hoewel deze zaken mogelijks al aan bod zijn gekomen toen u met de jongere afspraak om de SEM-J af te nemen, kan het nuttig zijn nog eens te beklemtonen dat:

- er zorgvuldig zal omgesprongen worden met de resultaten van de jongere. Maak concreet wat dit betekent voor de communicatie naar ouders, andere begeleiders/het team en externen[5]. Bijvoorbeeld: het algemene resultaat van de jongere zal in het team besproken worden, maar zijn concrete antwoorden worden niet vermeld.
- de resultaten van de SEM-J enkel gebruikt worden om de jongere verder te ondersteunen en te begeleiden, niet om hem te sanctioneren. Het is bijvoorbeeld geen stok achter de deur om hem van school of uit de instelling te verwijderen.
- u zich wat de verdere begeleiding betreft, niet alleen op de SEM-J zal baseren, maar dat de vragenlijst enkel een hulpmiddel is om, samen met de jongere, een beter beeld te krijgen van zijn situatie. Spreek af dat u de resultaten in een volgend gesprek met de jongere zal bespreken en dat hij de kans zal krijgen om zijn visie weer te geven.

3.2 Het invullen van de vragenlijst

Zorg dat de jongere de SEM-J kan invullen in een omgeving die voor hem niet bedreigend is. Dit houdt in dat de afname gebeurt in afwezigheid van ouders, leerkrachten, andere begeleiders of andere jongeren. Een rustige en neutrale omgeving, zonder afleiding, is ook bevorderlijk voor de concentratie.

Voorzie voldoende tijd. Gemiddeld duurt het invullen van de vragenlijst 10 à 15 minuten. Reken hier nog voldoende tijd bij voor de introductie van de vragenlijst en een korte nabespreking. Een half uur is zeker geen overbodige luxe om het volledige proces te doorlopen.

Om de antwoorden van de jongere zo min mogelijk te beïnvloeden, zorgt u ervoor dat u de vragenlijst op een directe en niet beoordelende wijze afneemt. Zo is de kans groter dat de jongere

---

5 Bij de communicatie naar ouders en andere externen moet men steeds rekening houden met het wettelijk kader. Meer info over de juridische context vindt u in:
VAD. (2006). *Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs in de bijzondere jeugdzorg.* Brussel: VAD.
VAD. (2006). *Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs op school* Brussel: VAD.

eerlijk antwoordt. U kan voor de afname stilstaan bij het beeld dat u van de jongere hebt en uw mogelijke hypothesen over zijn gebruik of functioneren. Wanneer u zich bewust bent van uw eigen beeldvorming kan u er op letten dat uw hypotheses niet doorklinken in uw communicatie. Hierdoor zal de jongere zich meer comfortabel voelen en zal uw houding tijdens de afname de resultaten minder beïnvloeden.

De SEM-J bestaat uit korte, ongecompliceerde zinnen om de leesbaarheid te bevorderen. Toch raden wij aan om de instructies gezamenlijk met de jongere door te nemen. Op de vragenlijst vindt u volgende instructies terug:
"Deze vragenlijst vraagt naar jouw ervaringen van de afgelopen 12 maanden, onder andere met alcohol en andere drugs. Soms vragen we je hoe vaak iets gebeurt, bij andere vragen willen we weten of je het eens bent met een uitspraak of niet. Lees elke vraag goed en duid per vraag telkens één antwoord aan. "

U kan de jongere vragen om de instructies luidop voor te lezen. Vraag de jongere om in zijn eigen woorden uit te leggen hoe de vragenlijst moet ingevuld worden. Op deze manier kan u nagaan of de jongere de instructies begrijpt en of hij ze op zichzelf kan toepassen. Bij anderstalige jongeren, jongeren met leer- of ontwikkelingsstoornissen,... dient u hier extra aandacht aan te besteden.

Wanneer de jongere problemen lijkt te hebben met de instructies kan u de SEM-J samen overlopen en invullen. Maar ook als de jongere de vragenlijst zelfstandig invult, is het aangewezen dat u in de buurt blijft.

Het kan gebeuren dat de jongere een bepaalde vraag niet begrijpt en dat hij om verduidelijking vraagt. In dit geval dient u te vermijden dat u aanvullende informatie geeft en zegt u de jongere op basis van zijn eigen begrip de best mogelijke keuze te maken. U kan bijvoorbeeld antwoorden:
"Er zijn geen goede of slechte antwoorden, antwoord zoals je de vraag begrijpt."

Ook wanneer de jongere aangeeft dat hij bij de meerkeuzevragen geen van de antwoordalternatieven van toepassing vindt op zichzelf, kan u zeggen dat hij het antwoord moet aanduiden dat het meest aansluit bij zijn gedrag, houding of gevoelens. Tracht de jongere zo min mogelijk te sturen in zijn antwoorden.

Mogelijk stelt de jongere ook een aantal zeer specifieke vragen naar verduidelijking. Om de antwoorden zo min mogelijk te vertekenen, hanteert u volgende verklaringen:

- Wanneer de jongere een vraag heeft over de referentieperiode van de vragen, geef dan aan dat het gaat over zijn alcohol- en ander druggebruik in de periode tussen nu en een jaar geleden.
- Wanneer de jongere vraagt wat bedoeld wordt met vraag 15 'Hoe vaak heb je je smaak gedurende enkele dagen verloren, nadat je drugs gebruikte'. Leg dan uit dat het gaat om het niet meer kunnen proeven van smaken. Het gaat niet over tintelingen in de tong, wel over daadwerkelijk de smaak verliezen.
- Wanneer de jongere vraagt wat bedoeld wordt met een veiligheidsagent (vraag 21) zeg dan dat daarmee mensen worden bedoeld die bijvoorbeeld op festivals, fuiven, voetbalmatchen,… instaan voor de veiligheid (de zogenaamde 'security').

Wanneer u merkt dat de jongere tijdens het invullen van de vragenlijst de zinvolheid ervan ter discussie stelt, gaat u hier best niet te uitgebreid op in. U kan standaard het volgende herhalen:
"*Deze vragenlijst is specifiek ontworpen om een inschatting te maken. Informatie uit een vragenlijst geeft als het ware één beeld/foto van de realiteit. Ik besef dat er andere kanten zijn aan het verhaal. Die komen na de afname van de vragenlijst zeker aan bod."*
Noteer in dit geval bij uw observatiegegevens dat de jongere opmerkingen of bezwaren had en kom hier in het volgende gesprek op terug.

[2]Wanneer de jongere klaar is met het invullen van de vragenlijst, controleert u of hij alle vragen beantwoordde. U peilt kort naar hoe hij het invullen van de vragenlijst heeft ervaren en spreekt met hem af wanneer de resultaten zullen besproken worden. U laat hier best niet teveel tijd overheen gaan, zodat de afname voor beiden nog vers in het geheugen zit.

Wanneer u de vragenlijst online afneemt, hebt u in principe de mogelijkheid om de resultaten onmiddellijk te bespreken aangezien de scores automatisch berekend worden. Het is echter aangewezen om dit niet onmiddellijk te doen zodat u zelf de tijd hebt om de resultaten in de globale context van het functioneren van de jongere te bekijken, te bespreken met het team en na te denken over de volgende stappen.

4 Het scoren van de resultaten

Bij de onlineversie van de vragenlijst wordt de score automatisch berekend en krijgt u onmiddellijk de resultaten te zien.

Bij een schriftelijke afname dient u zelf de scores te berekenen aan de hand van de antwoordsleutel (transparant) en het scoreformulier die u achteraan in deze handleiding vindt. U gaat als volgt te werk: leg de antwoordsleutel op de ingevulde vragenlijst. Vul de scores in (1 t.e.m. 4, zie bovenaan de kolommen) op de schalen PE, O, D, PI. Bereken vervolgens de totaalscore (schaal 5) in het kader. Bekijk ten slotte de gebruiksgeschiedenis (schaal 6) en vergelijk deze met de totaalscore.

Opmerkingen bij het scoren van de resultaten:

- Indien er van vraag 1 tot 34 twee of meer antwoorden ontbreken, is het aangeraden om de totaalscore niet te berekenen. De score is dan mogelijks niet betrouwbaar.

- Er zijn een aantal vragen van de SEM-J die niet gebruikt worden in de formele scoring, met name de psychosociale indicatoren (vraag 23, 25, 27, 28, 30, 32, 33 en 34) en een aantal vragen die peilen naar de gebruiksgeschiedenis (vraag 38, 39 en 40). Deze vragen kunnen echter indicatief zijn voor de interpretatie van de totaalscore en dienen van nabij bekeken te worden (zie 5.1 Individuele interpretatie).

5 Het interpreteren van de resultaten

5.1 Individuele interpretatie

De antwoorden dienen in hun geheel bekeken te worden. Het is niet aangewezen om de antwoorden één voor één te bekijken omdat u dan een vertekend beeld krijgt. Voor de interpretatie van de resultaten vertrekt u van het ingevulde scoreformulier. Op het scoreformulier staan de verschillende schalen waarop de jongere een score krijgt.

5.1.1 Betrouwbaarheid van de resultaten: onwaarschijnlijkheid en defensiviteit

Onwaarschijnlijkheid: Een rode vlag geeft aan dat de jongere zijn antwoorden overdrijft. Een groene vlag geeft hiervoor geen aanwijzing.
In het deel gebruiksgeschiedenis bevindt zich een extra vraag die peilt naar de onwaarschijnlijkheid. Indien de jongere aankruiste dat hij de drug NTSC (flower, juxia,…) gebruikte, wijst dit eveneens op onwaarschijnlijke antwoorden, aangezien dit een onbestaande drug is.

Defensiviteit: Een rode vlag geeft aan dat de jongere zijn antwoorden minimaliseert of sociaal wenselijk antwoordt. Een groene vlag betekent dat hiervoor geen aanwijzing is.

Wanneer er een groene vlag gescoord wordt op zowel de onwaarschijnlijkheids- als de defensiviteitsschaal, betekent dit dat het resultaat waarschijnlijk betrouwbaar is. Een rode vlag op één van deze schalen of op beide schalen geeft aan dat de betrouwbaarheid van de resultaten in vraag gesteld kan worden en dat u voorzichtig moet zijn bij het interpreteren van de scores.

5.1.2 Indicatie van problematisch en niet-problematisch gebruik

Problematisch gebruik
Problematisch gebruik wordt geïndiceerd wanneer op de schaal probleemernst en/of op de schaal gebruiksgeschiedenis een rode vlag gescoord wordt.

Een rode vlag op de schaal probleemernst geeft aan dat de jongere mogelijk problematisch alcohol of andere drugs gebruikt en verdere begeleiding met specifieke aandacht voor alcohol- of ander druggebruik nodig heeft.

Een rode vlag op de schaal gebruiksgeschiedenis betekent eveneens dat de jongere mogelijk problematisch gebruikt. Dit is zelfs het geval indien op de schaal probleemernst een groene vlag behaald werd.

Wanneer de jongere een rode vlag haalt op de schaal gebruiksgeschiedenis, bekijk dan welke drugs gebruikt worden. Dit kan u aanvullende informatie geven.

- Wanneer u merkt dat de jongere vaak medicatie gebruikt (bijvoorbeeld medicijnen voor ADHD, slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen,…), vraag dan achteraf aan de jongere of dit op voorschrift gebeurt.
- Indien een rode vlag gescoord wordt door het alcoholgebruik van de jongere (≥ 20 en 39 keer per jaar), bespreek dan met de jongere hoeveel alcohol hij drinkt, op welke momenten en hoe regelmatig dit gebeurt, in welke omstandigheden,… Deze aanvullende informatie kan u helpen inschatten of het gebruik daadwerkelijk problematisch is of niet.

Niet-problematisch gebruik
Een groene vlag op de schaal probleemernst en op de schaal gebruiksgeschiedenis betekent dat de jongere waarschijnlijk niet-problematisch middelen gebruikt.

Bekijk voor aanvullende info over het functioneren van de jongere ook zijn resultaten op de psychosociale indicatoren en de beginleeftijd.

5.1.3. Aanvullende schalen: psychosociale indicatoren en beginleeftijd

De psychosociale indicatoren geven aanvullende informatie, maar worden niet opgenomen in de totaalscore. Indien de jongere 'ja' antwoordde op één of meerdere vragen is het aangewezen hiermee rekening te houden bij de interpretatie van de totaalscore.
Ook de beginleeftijd van het alcohol- en druggebruik van de jongere wordt niet rechtstreeks in rekening gebracht in de eindscore van de SEM-J, maar is toch belangrijk voor het maken van een ernstinschatting. Wanneer een jongere bijvoorbeeld op vraag 39 en/of 40 antwoordt 'op de lagere school' of 'eerste of tweede jaar secundair', geeft u de jongere best een rode vlag. Een vroege beginleeftijd is immers een belangrijke risicofactor voor problematisch gebruik.

Wanneer de resultaten van de jongere op de psychosociale indicatoren of de jonge beginleeftijd van de jongere bezorgdheid oproepen, is het aangewezen om aan verdere probleemverkenning te doen, zelfs indien de jongere een groene vlag scoorde op probleemernst. Het blijft belangrijk om samen met de jongere na te gaan waar zijn minder functioneren en eventuele signalen uit de omgeving daarover vandaan komen.

5.2 Bespreken van de resultaten in het team

Naargelang de manier van werken in uw voorziening of centrum kunnen de afname en de resultaten van de SEM-J besproken worden met het team. Het is belangrijk om hierbij de informatie uit de SEM-J aan te vullen met bijkomende informatie over het functioneren van de jongere in diverse contexten.

Enkele richtvragen:
- Hoe functioneert de jongere thuis, op school, in de leefgroep,... Is er sprake van ernstige conflicten of anderszins verstoorde relaties?
- Is er sprake van spijbelen, niet nakomen van afspraken of navolgen van leefregels,...?
- Hoe is het zelfbeeld en het zelfwaardegevoel van de jongere?
- Welke sociale vaardigheden heeft de jongere?
- Is de jongere reeds in contact gekomen met de politie?

Op teamniveau kan dan beslist worden welke verdere stappen zullen worden gezet en hoe en door wie dit zal gebeuren. Mogelijks zijn er verschillende haalbare alternatieven die kunnen worden voorgelegd aan de jongere. Ook de verdere communicatie met de jongere en zijn ouders en eventueel andere belanghebbenden komt aan bod. [6]

[6] Meer info over het juridisch kader met betrekking tot communicatie naar de ouders vindt u in:
VAD. (2006). *Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs in de bijzondere jeugdzorg.* Brussel: VAD.
VAD. (2006). *Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs op school* Brussel: VAD.

5.3 Bespreken van de resultaten met de jongere (feedbackgesprek)

Na de afname van de SEM-J, hetzij online, hetzij op papier, heeft u kort bij de jongere gepeild naar hoe hij de afname ervaren heeft. U sprak op dat moment ook af wanneer u met de jongere de resultaten zou bespreken. Laat hier niet teveel tijd overgaan zodat de afname nog vers in het geheugen zit.

Wanneer u het resultaat op de SEM-J met de jongere bespreekt, geef dan vooral weer wat u afleidt uit de schalen en de totaalscore. Het is niet zinvol om de antwoorden op specifieke vragen te bespreken. Ga enkel bij de psychosociale indicatoren en de gebruiksgeschiedenis dieper in op de specifieke antwoorden.

Het resultaat van de testafname is echter geen alleenstaand gegeven. Er was de aanleiding om de SEM-J af te nemen, er zijn wellicht voorgaande gesprekken geweest. U brengt met andere woorden voor de jongere in kaart hoe u zijn situatie ziet, in welke mate u dat bezorgd maakt en welke stappen u nu voorstelt. U kan eventueel ook verwijzen naar de bespreking van zijn situatie op het team. Vervolgens toetst u bij de jongere wat hij vindt, zowel van de situatieschets als van de voorgestelde stappen.

De wijze waarop u dit gesprek voert, is erg belangrijk. Het is zeker niet de bedoeling in een welles-nietes-gesprek terecht te komen. Een motiverende interactiestijl is daarbij het meest effectief. Een moraliserende of veroordelende houding is dat niet. Dit lokt immers weerstand uit. De jongere zal hierdoor enkel in de verdediging gaan.
Verwoord de score en de interpretatie in neutrale, niet-veroordelende termen. Vraag aan de jongere hoe hij hier naar kijkt. Op die manier kan de jongere nadenken over zijn functioneren en eventueel zelf probleembesef verwoorden.

Deel 3

Begeleiden en doorverwijzen van jongeren met alcohol- en andere drugproblemen

De afname van de SEM-J geeft een ernstinschatting van het middelengebruik van een jongere en een inschatting van de nood aan alcohol- of drugspecifieke hulpverlening.
Verdere begeleiding is nodig als de SEM-J een positief resultaat (een rode vlag) geeft. Wanneer het resultaat van de SEM-J niet eenduidig is, niet specifiek genoeg of niet congruent is met andere signalen die kunnen wijzen op problematisch middelengebruik, is verdere probleemverkenning nodig.
Afhankelijk van het beleid van de dienst waar u werkt, kan de verdere begeleiding of probleemverkenning intern opgenomen worden of wordt er doorverwezen naar een andere dienst.

Idealiter heeft de voorziening of het centrum waar u werkt een uitgewerkt drugbeleid[7] waarin vastgelegd is tot waar de rol van de dienst reikt op het vlak van de begeleiding van jongeren met alcohol- en andere drugproblemen. Sommige voorzieningen of centra vullen hun rol beperkt in en verwijzen door na een eerste ernstinschatting. In dat geval moeten afspraken gemaakt worden met de dienst waarnaar men doorverwijst over informatie-uitwisseling, de eigen rol tijdens en na de doorverwijzing (bijvoorbeeld terugkeer naar de voorziening bijzondere jeugdzorg als de alcohol- of drugspecifieke behandeling is afgerond). Andere voorzieningen of centra begeleiden jongeren zo lang mogelijk zelf met het oog op het vermijden van breuken in hun hulpverleningstraject. Daarbij kan samenwerking gezocht worden met diensten uit de alcohol- en drugsector voor ondersteuning in de vorm van consult, supervisie,…
Welke optie uw voorziening of centrum ook gekozen heeft, aan beide zijn randvoorwaarden verbonden die moeten vervuld zijn om de optimale invulling van de rol die de dienst zichzelf toekent, mogelijk te maken. Volgende vragen kunnen daarbij gesteld worden: is er voldoende competentie aanwezig om de voorziene rol in te vullen? Is er voldoende ondersteunend materiaal aanwezig (methodieken bruikbaar in begeleidingen, doorverwijsinformatie,…)? Zijn de contacten met andere diensten voldoende uitgebouwd in functie van samenwerking of doorverwijzing? …

1 Begeleiden van jongeren met alcohol- of andere drugproblemen

In algemene termen streeft hulpverlening aan jongeren ernaar om het welzijn van jongeren te vergroten en hun ontwikkelingskansen te vrijwaren. Aangezien het welzijn en de ontwikkelingskansen van jongeren onder druk kunnen komen te staan door middelengebruik zal men er in de eerste plaats naar streven het middelengebruik te doen stoppen of ten minste te verminderen en zal men trachten de impact ervan zoveel mogelijk te beperken.

Met jongeren werken aan hun middelengebruik is echter geen evidente opgave. Dit heeft zowel te maken met hoe jongeren middelengebruik ervaren als met de manier waarop gedragsverandering verloopt (Prochaska & Diclemente, 1983[8]). Het model van motiverende gespreksvoering (Miller &

---

[7] Meer info over het ontwikkelen van een drugbeleid vindt u in:
Bernaert, I. (2006). *Draaiboek Drugbeleid op school. Handleiding voor de coach*. Brussel: VAD.
Baeten, I. (2007). *Draaiboek Drugbeleid in de bijzondere jeugdzorg*. Brussel: VAD.
Voor ondersteuning bij het ontwikkelen van een drugbeleid kan u een beroep doen op de regionale preventiewerkers alcohol en drugs, verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Hun contactgegevens vindt u op www.vad.be of op www.ida-web.be/gids.asp.

[8] Prochaska, J., & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self-change on smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390 395.

Rollnick, 1991 & 2005[9]) biedt een referentiekader voor een interactiestijl die afgestemd is op de manier waarop gedragsverandering verloopt. We gaan op deze drie thema's verder in.

1.1 Jongeren en middelengebruik

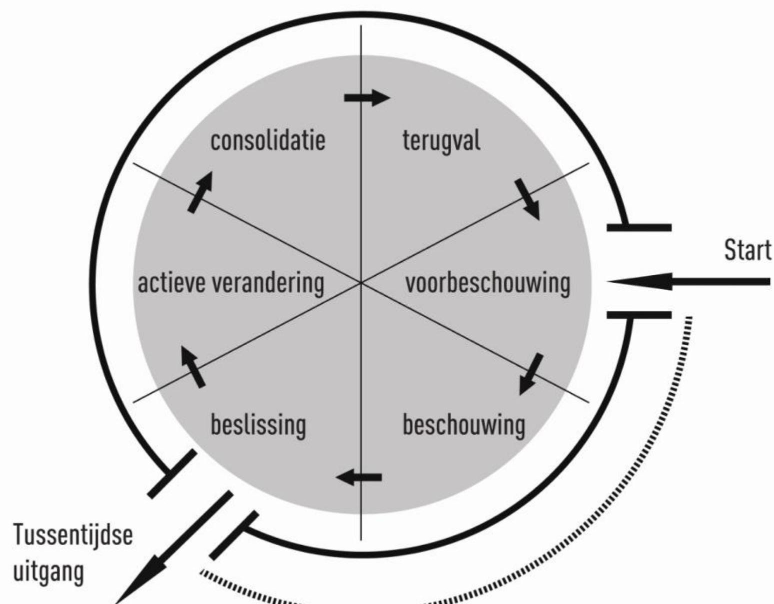
Jongeren hebben dikwijls weinig zicht op de risico's en de gevolgen van hun middelengebruik. Ze leggen zelf vaak geen verband tussen hun middelengebruik en de negatieve gevolgen ervan. Zo worden slechte schoolresultaten bijvoorbeeld toegeschreven aan geen interesse meer hebben in de school of gewoon niet meekunnen, in plaats van aan toenemend cannabisgebruik. Wat gebruikende jongeren vooral als negatief ervaren zijn de reacties van anderen op hun gebruik: opmerkingen op school over dalende prestaties, van vrienden over het niet nakomen van afspraken, van ouders of begeleiders die meer zicht willen hebben op het doen en laten van de jongere, zakgeld inperken of andere restricties opleggen. Jongeren hebben eerder last van deze reacties van hun omgeving, dan wel van de negatieve gevolgen van hun gebruik op zich. In tegenstelling tot hun omgeving zien zij hun gebruik niet als een probleem.
Ook hun cognitieve mogelijkheden, die in dit stadium van de hersenontwikkeling nog weinig vooruitplannen in de tijd toelaten, spelen hen parten wat probleembesef betreft. Daardoor anticiperen jongeren onvoldoende op risicosituaties en zijn ze vooral gevoelig voor de positieve verwachtingen die ze leren met betrekking tot middelengebruik: positieve effecten zijn onmiddellijk voelbaar en de negatieve gevolgen situeren zich voor een groot deel op langere termijn.
Werken aan probleembesef en aan probleeminzicht is dan ook een noodzakelijke eerste stap in het werken aan middelengebruik van jongeren.

1.2 Hoe verloopt gedragsverandering?

Het 'gebrek aan motivatie' van jongeren om iets aan hun middelengebruik te doen, bezorgt begeleiders wel eens een gevoel van machteloosheid. Vaak wordt dit gezien als een gebrek aan inzicht of wilskracht of als 'niet willen meewerken' in de begeleiding.
Gedragsverandering gebeurt echter niet van vandaag op morgen. Het is een lang proces. Het Model van verandering of Transtheoretisch model van de Amerikaanse psychologen Prochaska en Diclemente (1983) toont er belangrijke kenmerken van. Hun model (zie figuur) beschrijft het hele traject dat een persoon tijdens een veranderingsproces doorloopt, van voor het moment dat hij zijn probleem onderkent tot en met de gestabiliseerde hantering ervan. Hoe lang iemand in een bepaald stadium zit, kan erg verschillen. Meestal doorloopt iemand dit proces verschillende keren, hij kan ook op elk moment terugkeren naar een vorig stadium. Dit model is dus geen vast stramien dat bij iedereen op dezelfde manier verloopt. Men kan ook voor verschillend gedrag in een ander stadium zitten. Iemand rookt bijvoorbeeld dagelijks sigaretten en ziet hier geen enkel probleem in (voorbeschouwingsfase). Dezelfde persoon rookte eerder dagelijks joints, maar is daar nu volledig mee gestopt (consolidatie).

---

[9] Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing.* New York: Guilford Press.
Miller, W., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering.* Gorinchem: Ekklesia.



Stadium 1: voorbeschouwing (niet weten)
In dit stadium ziet de jongere zijn eigen gedrag en zijn middelengebruik niet als een probleem. Daarom heeft hij nog nooit echt een gedragsverandering overwogen. Anderen uit zijn omgeving zoals ouders, leerkrachten, begeleiders,... vinden vaak wel dat er problemen zijn en dat verandering nodig is. Deze druk vanuit de omgeving wordt door de jongere vaak als lastig ervaren. Jongeren bij wie de SEM-J afgenomen wordt, zitten vaak nog in deze fase.

Robbe is 16. Hij gaat 's avonds vaak weg en doet zijn eigen ding. Zijn ouders hebben het gevoel dat ze geen vat meer op hem hebben. Robbe gaat volgens hen te veel zijn eigen weg. Ze hebben vaak ruzie omdat Robbe te veel uitgaat en niet helpt in het huishouden. Ook zijn schoolresultaten gaan achteruit en op school krijgt hij opmerkingen van verschillende leerkrachten. Wanneer Robbe een joint rookt aan het station wordt dit opgemerkt door de politie en wordt hij opgepakt. Dit is voor zijn ouders de druppel die de emmer doet overlopen. Robbe ontkent zijn gebruik echter tegenover zijn ouders en de politie.

Stadium 2: beschouwing (nadenken, zich zorgen maken)
In dit stadium wordt iemand zich bewust van een mogelijk probleem. Naast oog voor de voordelen krijgt de jongere oog voor de nadelen van het gebruik. Hij heeft als het ware twee stemmetjes in zijn hoofd. Enerzijds is er een stem die stelt "ik heb geen probleem, ik kan dus rustig verder gebruiken" en die argumenten geeft om niet te veranderen; anderzijds is er een stem die zich afvraagt of de problemen die men ervaart, zoals sancties, zich niet kunnen concentreren,… te maken zouden kunnen hebben met het gebruik en die argumenten aandraagt voor verandering. Dit noemen we ambivalentie, de jongere ervaart een innerlijke onrust. Wanneer de jongere al de aspecten van zijn situatie in overweging neemt en een balans opmaakt, kan één kant van de ambivalentie gaan doorwegen.

Robbe krijgt steeds meer sancties op school en heeft problemen om zich te concentreren. Ook thuis is de situatie er niet op verbeterd. Zijn ouders hebben zijn vrijheden ingeperkt, zo mag hij maar één keer per maand meer uitgaan en controleren ze wat hij doet in zijn vrije tijd en met wie

hij optrekt. Robbe rookt nog steeds joints, maar hij vraagt zich af of dit wel alle last en ruzies waard is.

Stadium 3: beslissen
Vanuit het opmaken van de balans van voor- en nadelen kan de jongere twee mogelijke beslissingen nemen. Ofwel beslist hij om (nog) niets te veranderen aan zijn middelengebruik. Hij vindt dat het allemaal nog meevalt. Daardoor keert hij terug naar de voorbeschouwingsfase, dit is een tussentijdse uitgang.
De andere mogelijkheid is dat hij concludeert dat het gebruik in die mate een probleem is dat hij er iets aan moet veranderen. Eens men beslist heeft om te veranderen, moet nog concreet worden wat men precies wil veranderen, bijvoorbeeld stoppen, minder gebruiken, niet meer 's morgens gebruiken,… Daarnaast dient nog beslist te worden op welke manier men de verandering wil bereiken: alleen, met de hulp van een vertrouwenspersoon, in de alcohol- en drughulpverlening,…

Omdat hij niet wil blijven zitten en zijn vrienden uit de klas niet wil verliezen besluit Robbe om tijdens de schooldagen geen joints meer te roken. Hij neemt zich voor dit enkel nog in de weekends doen.

Stadium 4: actieve verandering (uitvoeren)
In deze fase probeert de jongere daadwerkelijk zijn gedrag en zijn gebruik te veranderen. Pas in dit stadium worden veranderingen in het gedrag zichtbaar voor de omgeving.

Robbe probeert geen joints meer te roken op schooldagen. Hij merkt dat het niet zo eenvoudig is om hier van de ene op de andere dag mee te stoppen. Na verloop van tijd lukt dit beter. Op school kan hij zich beter concentreren en haalt hij betere resultaten. Ook zijn omgeving merkt dit op en hij krijgt positieve opmerkingen van verschillende leerkrachten. Thuis gaat het ook beter.

Stadium 5: consolidatie (volhouden)
De jongere gaat de bereikte veranderingen in het dagelijks leven integreren.

Robbe rookt al enkele weken geen joints meer op schooldagen. Hij wordt hierin aangemoedigd door zijn ouders en ook zijn leerkrachten geven positieve opmerkingen over zijn gedrag en schoolresultaten.

Stadium 6: terugval
Terugval is de terugkeer naar het oude gedragspatroon. Terugval maakt wezenlijk deel uit van het gedragsveranderingsproces, het hoort erbij. Een uitschuiver leidt niet per se tot een volledige mislukking. Daarom is het belangrijk om terugval als een ervaring met leermogelijkheden te zien: men kan leren moeilijke situaties te vermijden of beter op te vangen.

Tijdens de examens heeft Robbe het lastig. Hij heeft stress en ervaart redelijk wat druk. Hij slaapt slecht. Om makkelijker in slaap te geraken rookt hij een joint 's avonds. (= uitschuiver)

Robbe had enkele barslechte examens. Het ziet ernaar uit dat hij toch zijn jaar zal moeten overdoen. Hij geeft er de brui aan en begint terug regelmatig joints te roken, ook in de week. (= terugval in het oude gedragspatroon)

Als begeleider is het belangrijk om in te spelen op het stadium van verandering waarin een jongere zich bevindt. Een jongere die in de voorbeschouwingsfase zit en zijn gebruik nog absoluut geen probleem vindt, zal bijvoorbeeld niet openstaan voor adviezen om zijn gebruik te verminderen. Door de afname van de SEM-J en het geven van informatie kan u de jongere wel helpen om zijn functioneren in kaart te brengen en stil te staan bij de consequenties ervan om zo zijn

probleembesef te vergroten. Eenmaal een jongere beslist heeft om zijn gedrag te veranderen, zijn advies en ondersteuning dan weer wel op zijn plaats.

1.3 Hoe kan je als begeleider motivatie bevorderen?

Het Model van gedragsverandering laat ons zien dat motivatie om te veranderen geen alles-of-niets gegeven is.
De begeleider kan bovendien de motivatie beïnvloeden. Motiverende gespreksvoering (Miller en Rollnick, 1991) biedt begeleiders een referentiekader voor een interactiestijl die afgestemd is op de manier waarop gedragsverandering verloopt. Het is een cliëntgerichte en directieve gespreksstijl om te bevorderen dat de jongere intern gemotiveerd wordt tot verandering van zijn gedrag door het helpen verhelderen en oplossen van de ambivalentie rond verandering.
Motiverende gespreksvoering is cliëntgericht omdat ze gericht is op de actuele zorgen en belangen van de jongere. De hulpverlener helpt de jongere om zijn ambivalente gevoelens rond verandering te verkennen. Het principe van onvoorwaardelijke acceptatie houdt in dat de begeleider de waarden en doelen en het tempo van de jongere aanvaardt en het 'probleemgedrag' niet moraliserend tegemoet treedt.
Tegelijk is motiverende gespreksvoering directief, want ze stuurt doelbewust aan op het oplossen van ambivalentie, in de richting van verandering. Dit betekent niet dat de begeleider de redenen om te veranderen opdringt. Hij onderzoekt samen met de jongere diens waarden en doelen en waar diens gedrag ermee in tegenspraak is. Op die manier wordt interne motivatie opgebouwd.
De begeleider bouwt aan een relatie die gebaseerd is op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en keuzemogelijkheden wat betreft gedrag.

Deze houding staat in tegenstelling tot een confronterende benadering.
Vaak wordt er nog vanuit gegaan dat jongeren met alcohol- of andere drugproblemen op een harde manier moeten geconfronteerd worden met hun gedrag en de consequenties ervan. De jongere wijzen op de negatieve consequenties van het gedrag en bestoken met argumenten om te veranderen zou het beste zijn om snel verandering teweeg te brengen.
Dit heeft echter als effect dat de jongere gaat argumenteren waarom hij geen probleem heeft en niet moet veranderen. Er wordt dan weerstand uitgelokt waardoor het verdere contact met de jongere bemoeilijkt wordt.

Dat de begeleider de verantwoordelijkheid bij de jongere laat, betekent ook dat hij niet probeert om zoveel mogelijk problemen van de jongere op te lossen en dat hij niet zegt wat het beste voor hem zou zijn. Begeleiders trappen soms in deze valkuil. Vaak ligt hieraan een 'helpreflex' ten grondslag: de begeleider wil de jongere beschermen tegen de negatieve gevolgen van zijn gedrag. Op die manier neemt de begeleider echter de verantwoordelijkheid over. De jongere zal dit niet aanvaarden. Hij zal argumenteren waarom hij geen probleem heeft en de zwakke kanten/nadelen van de voorgestelde oplossing opsommen ("Ja, maar...").

We omschrijven hier de motiverende gespreksstijl aan de hand van de basisprincipes en de houding die aan deze principes ten grondslag ligt. Een gedetailleerde bespreking van hoe dit via gesprekstechnieken toegepast kan worden, valt buiten het opzet van deze handleiding. In de recente vertaling van het standaardwerk van Miller en Rollnick vindt u hierover de nodige informatie (Miller & Rollnick, 2005). We verwijzen ook naar het vormingsaanbod van VAD (www.vad.be).

De basisprincipes van motiverende gespreksvoering

Empathie uitdrukken

Via een houding van aanvaarding en respect smeedt de begeleider een samenwerkingsrelatie met

de jongere. De percepties, doelen en waarden van de jongere zijn het vertrekpunt. Door vooral open vragen te stellen bevordert de begeleider dat de jongere zijn situatie exploreert. Door middel van reflectief luisteren tracht de begeleider dan de perspectieven van de jongere te begrijpen zonder te veroordelen, bekritiseren of beschuldigen. De aanvaarding van de jongere zoals hij is, geeft hem de veiligheid om in de eigen spiegel te kijken. Door de jongere te aanvaarden en aan te sluiten bij zijn leefwereld, ondersteunt de begeleider ook de eigenwaarde van de jongere, wat op zijn beurt verandering bevordert.

Discrepantie ontwikkelen

Als iemand voelt dat bepaald gedrag in strijd is met belangrijke persoonlijke doelen en waarden, stijgt de motivatie voor verandering. Deze discrepantie wordt opgeroepen doordat iemand zich bewust wordt van de nadelen van zijn huidige gedrag en de voordelen van gedragsverandering. Met andere woorden iemands probleembesef en bezorgdheid worden groter. Door de verschillende levensdomeinen (gezin, studie/school, vrije tijd en vrienden,...) te bevragen helpt de begeleider de jongere om meer zicht te krijgen op zijn functioneren in verschillende contexten en om de voor- en nadelen van zijn gedrag af te wegen.

De bedoeling is uiteindelijk dat de jongere tot een beslissing komt: "Heb ik in die mate problemen dat ik mijn gedrag moet veranderen?". De rol van de begeleider bij dit proces is niet enkel de beleving van de jongere te volgen en te begrijpen (cliëntgericht aspect, zie eerste principe). De begeleider stuurt ook in de richting van verandering (directief). Het is de bedoeling dat de nadelen van de huidige situatie en de voordelen van de verandering gaan doorwegen. Dit betekent niet dat de begeleider de argumenten voor verandering aanbrengt. Als hij dit doet zal hij weerstand uitlokken bij de jongere. De jongere moet zelf de argumenten voor verandering aanbrengen. De begeleider gaat wel de uitingen van probleemerkenning, de argumenten voor verandering uitlokken door vragen te stellen. En door er meer aandacht aan te geven versterkt de begeleider deze ideeën en gevoelens bij de jongere.

De druk van de omgeving zorgt mee voor de last die de jongere tot verandering kan bewegen. Bijvoorbeeld ouders die verbieden uit te gaan, vrienden die de jongere laten zitten, de school die een sanctie geeft. Uiteraard voor zover de jongere hierdoor in conflict komt met zijn doelen of waarden. Bijvoorbeeld het belang dat hij hecht aan kunnen uitgaan, contacten onderhouden met vrienden, kunnen overgaan naar een volgend jaar, een diploma halen om te kunnen gaan werken.

Als de jongere alle aspecten van zijn situatie overziet en een balans opmaakt zal één kant van de balans gaan doorwegen. Een beslissing tekent zich af.

Je zou kunnen stellen "hoe groter de ervaren last en het belang van de verandering, hoe meer kans dat iemand verandert". Hier moet wel een belangrijke kanttekening bij gemaakt worden. De last en het belang moeten in evenwicht zijn met de zelfwaarde en het competentiegevoel van de jongere, anders kan het probleembesef verlammend werken.

Zelfwaarde en persoonlijke effectiviteit ondersteunen

Iedereen kent de uitdrukking 'waar een wil is, is een weg'. Deze uitspraak veronderstelt dat als je maar genoeg wil veranderen, er daadwerkelijk verandering zal optreden. Over mensen die niet veranderen, wordt vaak gezegd dat ze geen karakter hebben. Willen veranderen is echter onvoldoende.

Wie zichzelf niet de moeite waard vindt, heeft weinig of geen reden om zijn gedrag te wijzigen. Alleen wie zich de moeite waard vindt, zal op een bepaald moment in botsing komen met wat hem schaadt. Iemand moet ook voldoende competentiegevoel hebben om zijn gedrag in constructieve zin te kunnen veranderen. Met andere woorden, hij moet vertrouwen in zijn eigen mogelijkheden om de verandering tot een goed einde te brengen. De begeleider stimuleert zelfwaarde en competentiegevoel door de jongere aan te spreken op zijn kwaliteiten, door ook aandacht te geven aan de dingen die goed gaan en door de stappen die de jongere onderneemt te bekrachtigen. Het is ook belangrijk dat de jongere inzicht krijgt in de eigen kwaliteiten en vaardigheden om met

situaties om te gaan. Ook wanneer de jongere positieve evoluties aan zijn eigen inspanningen kan toeschrijven (interne locus of control), eerder dan aan externe factoren, wordt zijn competentiegevoel versterkt.

Meegaan met weerstand

Onder weerstand verstaan we alles wat de jongere (en de begeleider) bewust of onbewust doet om te verhinderen dat het hulpverleningsproces vordert.
Weerstand wordt al te vaak gezien als een typisch kenmerk van jongeren met alcohol- of drugproblemen ("Ze ontkennen, liegen, vluchten,…") waar begeleidingen op vastlopen. We kunnen echter vaststellen dat een verandering in stijl van de begeleider ook verandering bij de cliënt kan meebrengen op het vlak van weerstand. Er valt met andere woorden iets mee te doen. Een valkuil is dat de begeleider op weerstand met weerstand reageert. Op die manier gaat de begeleider in het gevecht met de jongere en zal de weerstand nog toenemen. Door mee te gaan met de weerstand en erkenning te geven aan de behoefte die onder de weerstand zit, herstelt de begeleider het contact en vermindert de weerstand.
Waar kan de weerstand mee te maken hebben?
Weerstand kan uitgelokt worden wanneer de begeleider te snel wil gaan. Als het probleembesef van de jongere nog onvoldoende groot is, heeft het geen zin om met hem over verandering te praten.
Als mensen het gevoel krijgen dat hun keuzevrijheid beperkt wordt, kan dit weerstand oproepen. ("Niemand moet mij gaan vertellen wat ik moet doen…") Dit is niet typisch voor alcohol- of drugproblemen of voor jongeren.
Weerstand kan ontstaan wanneer de jongere niet begrijpt wat de begeleider wil of verwacht. Of wanneer hij de vaardigheden mist om een opdracht uit te voeren. De begeleider vraagt bijvoorbeeld "Wat voel je nu?" en de jongere antwoordt "Ik weet het niet!".
Het is belangrijk om duidelijk te communiceren wat je precies wil en verwacht van de jongere en aan te sluiten bij de mogelijkheden van de jongere.

Veel meer dan een reeks technieken is motiverende gespreksvoering een houding waarmee mensen benaderd worden. Om dit in de verf te zetten vergelijken we deze grondhouding met de klassieke 'confronterende' benadering.

- Samenwerking in plaats van confrontatie, de jongere de 'werkelijkheid' doen inzien.
  Motiverende gespreksvoering is coöperatief van aard. De begeleider vermijdt een competitieve, autoritaire houding en is daarentegen zeer betrokken op de jongere. Er is een positieve sfeer die verandering stimuleert, maar niet afdwingt. De begeleider gaat samen met de jongere kijken naar diens situatie, niet de jongere overtuigen dat hij verkeerd bezig is.

- Evocatie in plaats van educatie, de jongere ontbrekend inzicht en vaardigheden bijbrengen.
  De begeleider zoekt de motivatie voor verandering in de jongere zelf (interne motivatie). De doelen en waarden van de jongere zelf zijn het vertrekpunt. Hij kan zelf ontdekken of zijn gedrag daarmee overeenstemt of in tegenspraak is.

- Autonomie in plaats van autoriteit, de jongere zeggen wat hij moet doen.
  De verantwoordelijkheid voor de verandering ligt bij de jongere en niet bij de begeleider. De begeleider bevestigt het recht en het vermogen tot zelfsturing van de jongere en schept faciliteiten voor een doordachte keuze. De jongere is vrij om te kiezen voor gedragsverandering en om dat niet te doen.

2 Doorverwijzen van jongeren met alcohol- of andere drugproblemen

Zoals hoger reeds vermeld heeft de voorziening of het centrum waar u werkt idealiter een uitgewerkt drugbeleid waarin vastgelegd wordt tot waar de rol van de dienst reikt op het vlak van de begeleiding van jongeren met alcohol- en andere drugproblemen. De meeste voorzieningen of centra zullen er wellicht voor kiezen om jongeren met ernstig problematisch middelengebruik door te verwijzen naar gespecialiseerde diensten.
Doorverwijzing is noodzakelijk bij een ernstige middelenproblematiek, als er geen vooruitgang wordt geboekt met de interne begeleiding of als specifieke diagnosestelling moet gebeuren.
De jongere trachten te motiveren voor een doorverwijzing maakt deel uit van het doorverwijzingsproces. In sommige gevallen kan het echter noodzakelijk zijn om een doorverwijzing op te leggen.

Doorverwijzen houdt in dat:
- de jongere ondersteund wordt bij het zetten van de stap naar de externe hulpverlening;
- er contact gelegd wordt met de externe hulpverlening;
- de doorverwijzing opgevolgd wordt.

Een goede voorbereiding
Een doorverwijzing moet steeds goed voorbereid worden. Het is meer dan een aantal adressen doorgeven, het maakt integraal deel uit van het begeleidingsproces. Zorg dat de jongere de doorverwijzing niet ervaart als een afwijzing of een sanctie. Wat niet wegneemt dat jongeren daarnaast ook sancties kunnen opgelegd krijgen als hun drugproblemen samengaan met regelovertredend gedrag. De stap naar een nieuwe hulpverleningsinstantie kan voor de jongere erg groot zijn. Angst voor het onbekende en een verkeerd beeld van de externe hulpverlening kunnen een rol spelen. Maak duidelijk waarom er doorverwezen wordt. Zorg dat het voor de jongere voldoende duidelijk is wat hem te wachten staat. Informeer hem goed over het reilen en zeilen van de externe instantie. Ga vooraf ook na of er plaats is bij de gekozen hulpverlener of dienst. Bekijk ook of het nodig is om samen met de jongere een afspraak te maken of om mee te gaan.
Om een doorverwijzing zo vlot mogelijk te laten verlopen worden best concrete afspraken gemaakt met de externe hulpverlening over de wijze van doorverwijzen: maakt de jongere zelf de afspraak of doet de huidige begeleiding dit, welke informatie kan er uitgewisseld worden, verwachtingen en doelstellingen van de externe hulpverlening.

Naar waar doorverwijzen
Verschillende diensten in de alcohol- en drugsector hebben een specifiek aanbod voor minderjarigen.[10] Dit aanbod kan gaan van kortdurende vroeginterventie-initiatieven tot residentiële opname in een gespecialiseerde instelling. In bijlage vindt u een overzicht van de verschillende hulpverleningsvormen in de alcohol- en drugsector.

De opvolging
Een jongere doorverwijzen betekent niet dat u de begeleiding uit handen geeft. Er dient vooraf nagedacht te worden over de rol die de voorziening of het centrum zal opnemen tijdens en/of na afronding van de externe hulpverlening. Als de jongere bijvoorbeeld in een voorziening bijzondere jeugdzorg verblijft en alleen voor diagnostiek, voor een psycho-educatief aanbod of voor

[10] Voor een volledig overzicht van de voorzieningen in de alcohol- en drughulpverlening, verwijzen we naar www.ida-web.be/gids.asp. Hier kan u ook selecteren op leeftijd van de cliënt.
U kan voor een doorverwijsadres ook altijd contact opnemen met de DrugLijn op het nummer 078 15 10 20, van maandag tot vrijdag van 10-20u of per mail via www.druglijn.be.

ambulante begeleiding wordt doorverwezen, is het belangrijk om de doorverwijzing te blijven opvolgen. Opvolging en voorbereiding van een eventuele terugkeer naar de voorziening na een residentiële opname in de alcohol- en drughulpverlening is evenzeer belangrijk. Vraag regelmatig naar de stand van zaken, de vorderingen, de gevoelens, de knelpunten. Bewaak mee de motivatie van de jongere. Sta niet alleen stil bij knelpunten en mislukkingen. Geef erkenning en bekrachtig wat goed gaat. Al te vlug beschouwen we dingen als normaal, terwijl de jongere er toch grote inspanningen voor moet leveren. Dergelijke bekrachtigingen werken zeer motiverend.

Bijlage

Wegwijs in de drughulpverlening[11]

Mensen die er niet in slagen hun middelengebruik onder controle te krijgen, kunnen een beroep doen op een gevarieerd zorg- en hulpaanbod. De welzijns- en gezondheidssector biedt zowel gespecialiseerde (categoriale) als niet-gespecialiseerde hulpverlening en ondersteuning in een dikwijls moeizaam proces van gedragsverandering.
De centrale doelstelling van hulpverlening bij problematisch middelengebruik is het bevorderen van de levenskwaliteit op het vlak van lichamelijke en psychische gezondheid en van sociaal welzijn, met respect voor de autonomie van de cliënt.
Gezien de complexiteit van de alcohol- en drugproblematiek is een snelle en definitieve oplossing niet steeds realistisch. Hulpverlening bij ernstig problematisch alcohol- en druggebruik en -afhankelijkheid is vaak een langdurig proces, dat in verschillende fasen verloopt en verschilt van cliënt tot cliënt. Het tijdstip van de interventie, de hulpvraag, de hulpverleningsgeschiedenis, de mogelijkheden en de motivatie van de cliënt bepalen welke interventies het meest aangewezen zijn. Er is dan ook geen standaardbehandeling voorhanden. In de loop van een behandelingsproces hebben verschillende interventies hun plaats, vaak aangeboden door verschillende instanties.
Naast de gespecialiseerde of categoriale drughulpverlening, spelen ook mantelzorg, zelfhulp en eerstelijnsvoorzieningen een belangrijke rol in vroegtijdige signalering, opvang en begeleiding van personen met problematisch middelengebruik.
Hieronder vindt u een overzicht van de verschillende werksoorten binnen de alcohol- en drughulpverlening.

Mantelzorg en zelfhulp

Personen met problematisch middelengebruik kunnen buiten het professionele hulpverleningscircuit hulp vinden bij familieleden, vrienden, buren, vrijwilligers, ... Ook in zelfhulpgroepen kunnen de permanente beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen, de mogelijkheid van crisisinterventie en de wekelijkse groepsbijeenkomsten met lotgenoten een belangrijke ondersteuning betekenen voor wie geen professionele hulp wenst. De professionele hulpverlening kan van deze ondersteunende functie ook gebruikmaken tijdens en na een behandeling binnen de eigen voorzieningen.
Er bestaan verschillende zelfhulpinitiatieven:

- Anonieme Alcoholisten (AA-groepen) (T 03 239 14 15), Al-Anon (voor partners) en Al-Ateen (voor kinderen) (T 03 218 50 56).
- Toxan (medicatie) (via AA: T 03 239 14 15).
- SOS Nuchterheid (alcohol, medicatie, illegale drugs en gokken) (T 09 330 35 25).
- Zelfhulpgroepen voor gokkers: Werkgroep tegen Gokverslaving (T 02 532 58 26), Anonieme Gokkers (T 051 63 38 23).
- Praatgroepen voor ouders, gebruikers, ... Voor meer info over deze praatgroepen, contacteer de DrugLijn op T 078 15 10 20.

Straathoekwerk

Het straathoekwerk is als werkvorm gestart midden jaren tachtig en richt zich, naast andere doelgroepen, ook specifiek naar druggebruikers. Straathoekwerkers zoeken druggebruikers in hun eigen milieu op (op straat, in het café, thuis, ...) en zijn daar beschikbaar voor hulp en advies. Dit is de meest laagdrempelige vorm van hulpverlening, waarbij mensen bereikt worden van wie we kunnen veronderstellen dat ze anders niet zo vlug met de hulpverlening in aanraking zouden

[11] Deze tekst geeft een algemeen overzicht van de verschillende werksoorten binnen de alcohol- en drughulpverlening. Het overzicht is niet specifiek voor minderjarigen.

komen.
Straathoekwerkers bouwen aan een vertrouwensrelatie met gebruikers, motiveren hen om zelf iets aan hun situatie te doen en ondersteunen hen in die beslissing. Sommige straathoekwerkers zijn verbonden aan een drughulpverleningscentrum. Vlastrov is de Vlaamse koepel van straathoekwerk (T 03 340 49 23).

De eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is de eerste, laagdrempelige, niet-gespecialiseerde stap in de georganiseerde hulpverlening. De eerste lijn staat het dichtst bij de bevolking en heeft meestal als eerste contact met de problematiek. De eerstelijnszorg is ideaal geplaatst om problematisch middelengebruik te detecteren, in te schatten en door te verwijzen indien een diepgaande begeleiding nodig is. Ze kunnen ook voor de nazorg instaan.
Op de eerste lijn bevinden zich onder meer de huisartsen, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Diensten voor Thuisverpleging, de JongerenAdviesCentra (JAC) en de Openbare Centra voor Maatschappelijk Werk (OCMW).

Ambulante alcohol- en drughulpverlening

Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC)
MSOC zijn laagdrempelige, categoriale zorgvoorzieningen die niet alleen tot doel hebben bij hun cliënten de sociale, psychologische en gezondheidsrisico's door het druggebruik te verminderen, maar ze trachten ook voor de omgeving het risico te verminderen om geconfronteerd te worden met druggerelateerde criminaliteit.
De doelgroep bestaat voornamelijk uit problematische gebruikers van illegale drugs. Vanuit het harm-reductionmodel (risicobeperking) maken substitutiebehandelingen (methadon, buprenorfine), naast medische en sociale begeleiding, een groot deel uit van de dagelijkse werking.
Deze centra coördineren ook de spuitenruil.

Ambulante drugzorg/dagcentra
Deze laagdrempelige categoriale voorzieningen richten zich op een zeer brede groep van mensen met een drugprobleem (experimenteel gebruik tot afhankelijkheid) en tot hun naaste omgeving.
De ondersteuning kan individueel of in groep gebeuren en situeert zich vooral op psychosociaal, administratief en juridisch vlak. Totale abstinentie is geen absolute must, maar de cliënten mogen tijdens de activiteiten niet onder invloed zijn. Substitutiebehandelingen (methadon, buprenorfine) zijn mogelijk.
In de dagcentra ligt de nadruk vooral op een begeleiding naar een gezonde dagstructuur.

Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
De mate van specialisatie in begeleiding en behandeling van problematisch middelengebruik verschilt onderling sterk tussen de diverse CGG in Vlaanderen. Enkele centra leggen zich al vele jaren volledig toe op de alcohol-, medicatie-, illegale drug- en/of gokproblematiek. De meeste centra zijn echter niet gespecialiseerd, alhoewel ze deze cliënten wel begeleiden. De laatste jaren is hierin wel een evolutie merkbaar. Door de ontstane fusies in deze sector beschikken de meeste van de fusiecentra nu over een team dat cliënten met problematisch middelengebruik begeleidt.
De behandelingsfinaliteit in alle CGG is het herstel van de gedeeltelijke en/of totale geestelijke gezondheid, inclusief het middelengebruik. Totale abstinentie of op zijn minst het verminderen van het gebruik van een van de middelen is het einddoel van deze begeleidingen. Het aanbod van therapeutische mogelijkheden is erg gedifferentieerd. Er kunnen zowel individuele als relatie-, gezins- en groepstherapieën worden verstrekt. Cliënten met een complexere problematiek, zoals dubbelediagnoseproblematiek, kunnen hier een aanbod op maat krijgen, met aandacht voor continuïteit.

Semi-residentiële alcohol- en drughulpverlening

Psychiatrische deeltijdbehandeling

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn er afdelingen voor semi-residentiële zorg.
Sommige van deze diensten zijn specifiek gericht naar mensen met een alcohol-, medicatie- of illegaledrugprobleem.
Dagbehandelingen zijn meestal georiënteerd op terugvalpreventie en psychosociale begeleiding en er wordt veel aandacht besteed aan de sociale en maatschappelijke omkadering van de patiënt. Sommige dagklinieken richten zich tot patiënten die reeds een (lange) opname in een ontwenningsafdeling achter de rug hebben, maar nog een vrij intensieve ondersteuning en behandeling nodig hebben wanneer de veiligheid van de ziekenhuismuren wegvalt.

Residentiële alcohol- en drughulpverlening

Thuislozenwerking

Er zijn laagdrempelige niet-categoriale woonvoorzieningen die thuislozen en/of kansarmen met een problematisch middelengebruik opvangen en begeleiden op een niet-gedwongen manier. De thuislozencentra werken nauw samen met andere ambulante diensten.

Crisisinterventiecentra (CIC)

De CIC, die uit de therapeutische gemeenschappen gegroeid zijn, staan in voor crisisopvang, fysieke ontwenning en motivatiebevordering voor verdere abstinentie. Zij zorgen ook voor verdere oriëntatie naar het meest geschikte vervolgprogramma.
De doelgroep bestaat voornamelijk uit problematische gebruikers van illegale drugs.
Eén crisisinterventiecentrum heeft ook een Bed-Bad-Brood-module (BBB). De werking van de BBB is zeer laagdrempelig en richt zich op de basisbehoeften. De cliënten kunnen zelf hun activiteiten doorheen de dag bepalen, in overleg met de staf. De doelgroep van de BBB zijn mensen die zich gedurende een korte periode willen laten opnemen.

Crisisopvang op Eenheid Psychiatrische Spoed Interventie (EPSI)

Recent werd per provincie één psychiatrische spoedinterventiedienst versterkt om crisisopvang te voorzien voor personen met problematisch middelengebruik en om een functie case management uit te bouwen.
Patiënten krijgen er een intensieve behandeling van maximum vijf dagen, met als belangrijkste doelstelling de patiënt te stabiliseren. Na overleg met de cliënt geeft de case manager ondersteuning bij doorverwijzing naar een ambulante of residentiële dienst en volgt hij of zij het hulpverleningsproces verder op.

Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)

In PAAZ-diensten worden mensen met diverse psychiatrische problemen opgenomen, waaronder ook problematisch middelengebruik. Deze voorzieningen richten zich vooral naar crisisopvang, detoxificatie en de behandeling van acute psychiatrische complicaties ten gevolge van middelenmisbruik. De lichamelijke gevolgen van middelengebruik krijgen hier extra aandacht. Doorverwijzingen gebeuren meestal vanuit de spoeddienst van het eigen ziekenhuis, via huisartsen of door andere hulpverleners.
Een opname op een PAAZ is meestal kortdurend en beperkt zich vaak tot de volgende zorgfuncties: detoxificatie, observatie en diagnosestelling en motiveren tot verdere behandeling. Middelengebruik is niet toegestaan tijdens de opname.

Ontwennings- en behandelingsafdeling van Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ)/ontwenningsklinieken

De meeste PZ hebben een specifieke afdeling voor de behandeling van problematisch middelengebruik. Vanuit hun traditie hebben ze het meest ervaring met problematisch alcohol- en medicatiegebruik, maar de laatste jaren doet men in deze sector in toenemende mate expertise op in de behandeling van illegaledruggebruikers. Binnen een medisch-psychiatrisch denkkader en een geïndividualiseerde benadering biedt men een globaal pakket van zorgfuncties aan zoals crisisopvang, screening, detoxificatie, behandeling, maatschappelijke integratie en nazorg. Uiteraard is deze werksetting goed geplaatst om uitgebreid te werken aan een eventueel onderliggende psychopathologie.
Meestal wordt er gestreefd naar volledige abstinentie en is dit ook een voorwaarde tijdens de behandeling.

Therapeutische Gemeenschappen (TG)

De TG zijn categoriale voorzieningen met een multidisciplinair team, die meer pedagogisch herstructurerend en groepsdynamisch georiënteerd zijn en zich vooral tot illegaledruggebruikers richten.
Deze settings vertrekken vanuit de optimale doelstelling om druggebruikers te ontwennen en drugvrij te reïntegreren in de maatschappij. Het programma is langdurig.
Naast aparte units voor crisisopvang en detoxificatie (zie CIC) zijn er ook settings met een kortdurend therapeutisch programma (KTP). De reïntegratiefase vindt vaak plaats in een aparte woonsituatie (ook wel 'tussenhuizen' genoemd).

Beschut wonen

Binnen de brede psychiatrische zorg zijn er beschutte woonprojecten specifiek voor patiënten met een verslavingsproblematiek. Deze woonvoorzieningen dienen om de patiënt na langdurige opname in een ontwenningsafdeling terug te integreren in de maatschappij. De klemtoon ligt op sociale en woonbegeleiding. Daarnaast vormt terugvalpreventie een belangrijk thema. In vergelijking met wat gebeurt bij psychiatrische opname is de psychotherapeutische begeleiding hier minimaal.

Bibliografie

(COTAN), C. t. (1988). *Richtlijnen voor ontwikkeling en gebruik van psychologische testen en studietoetsen.* Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen.

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE, 25* (24), 3156-3191.

Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology, *Journal of Consulting Psychology, 24*, 349-354.

Lecesse, M., & Waldron, H. (1994). Assessing adolescent substance use: a critique of current measurement instruments. Review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 11* (6), 553-563.

Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing.* New York: Guilford Press.

Miller, W., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering.* Gorinchem: Ekklesia.

Prochaska, J., & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self change on smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.

VAD. (2007). *Draaiboek Drugbeleid in de bijzondere jeugdzorg.* Brussel: VAD.

VAD. (2006). *Draaiboek Drugbeleid op school. Handleiding voor de coach.* Brussel: VAD.

VAD. (2006). *Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs in de bijzondere jeugdzorg.* Brussel: VAD.

VAD. (2006). *Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs op school.* Brussel: VAD.

Weinberg, N., Rahdert, E., Colliver, J., & Glantz, M. (1998). Adolescent substance abuse: review of the past 10 years. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 37* (3), 252-261.

Winters, K. (1991). *Manual for the Personal Experience Screening Questionnaire.* Los Angeles: Western Psychological Services.

Winters, K. (1992). Development of an adolescent alcohol and other drug abuse screening scale: Personal Experience Questionnaire. *Addictive Behaviors, 17*, 479-490.

Winters, K. (sd). Development of an Adolescent Alcohol and Other Drug Abuse Screening Scale: Personal Experience Questionnaire.

Winters, K., Latimer, W., & Stinchfield, R. (2002). Clinical issues in the assessment of adolescent alcohol and other drug use. *Behavioral Research and Therapy, 40*, 1443-1456.